

Gesamtzeichenzahl inkl. Leerzeichen: 26'986

Anzahl Referenzen: 31

Schnellleseüberblick (400 Z., inkl. Leerz.)

Was ist schon bekannt: Das Risiko für Fehler in der Versorgung von psychisch Erkrankten ist gross.

Was ist neu: Die systematische Auseinandersetzung mit Patientensicherheit in diesem Bereich und Entwicklung eines Aktionsplans mit einem multiprofessionellen ExpertInnenteam.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis:

Es steht ein praxisrelevanter Aktionsplan zur Verfügung.

Deutsch Abstract (1500-1600, inkl. Leerz.)

Hintergrund:

In der Versorgung psychisch Erkrankter findet bislang kaum eine systematische Auseinandersetzung mit Patientensicherheit statt. Dies obwohl psychische Erkrankungen weltweit mit einer hohen Prävalenz und Krankheitslast verbunden sind und das Risiko für Fehler und Schädigungen - z.B. Selbst- und Fremdgefährdung oder Fehler in der nicht-medikamentösen Therapie - der Patienten bei dieser vulnerablen Gruppe gross ist.

Fragestellung/Ziel:

Ziel des Projekts war, prioritäre Handlungsfelder und -strategien zur Förderung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter zu entwickeln.

Methode:

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat gemeinsam mit ExpertInnen Round Table-Diskussionen und eine Delphi-Befragung durchgeführt, um Handlungsfelder entlang des Behandlungspfades zu definieren, zu priorisieren und daraus Aktionsfelder abzuleiten.

Ergebnisse:

Ein Aktionsplan wurde entwickelt, indem 9 Handlungsfelder definiert und nach Wichtigkeit priorisiert wurden. Strukturelle Fehler und Fehler im Bereich der Diagnostik wurden mit der höchsten Priorität bewertet. Daraus folgend wurden vier Aktionsfelder (Sensibilisierung, Forschung, Umsetzung und Aus- und Weiterbildung) erarbeitet. Diese beinhalten praxisrelevante Ansatzpunkte zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Schlussfolgerung:

Der Aktionsplan zeigt auf, welche Themen für die Patientensicherheit im Bereich der Versorgung von PatientInnen mit psychischer Erkrankung wichtig sind und bietet Ansatzpunkte für die Entwicklung sowohl von Handlungsstrategien als auch konkreter Aktivitäten.

Schlüsselbegriffe: Patientensicherheit, Psychiatrie, Aktionsplan, Schweiz

Englisch Abstract (1500-1600, inkl. Leerz.)

Background: Patient safety in mental healthcare has not attracted great attention yet, although the burden and the prevalence of mental diseases are high. The risk of errors with potential for harm of patients, such as aggression against self and others or non-drug treatment errors is particularly high in this vulnerable group.

Aim: To develop priority topics and strategies for action to foster patient safety in mental healthcare.

Method: The Swiss patient safety foundation together with experts conducted round table discussions and a Delphi questionnaire to define topics along the treatment pathway, and to prioritise these topics. Finally, fields of action were developed.

Results: An action plan was developed including the definition and prioritization of 9 topics where errors may occur. A global rating task revealed errors concerning diagnostics and structural errors as most important. This led to the development of 4 fields of action (awareness raising, research, implementation, and education and training) including practice-oriented potential starting points to enhance patient safety.

Conclusions: The action plan highlights issues of high concern for patient safety in mental healthcare. It serves as a starting point for the development of strategies for action as well as of concrete activities.

Key words: patient safety, psychiatry, action plan, Switzerland

1 **Einleitung**

2 Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und mit einer hohen Krankheitslast verbunden
3 (Patel, et al., 2016; Whiteford et al., 2015). In Europa inkl. der Schweiz erkranken jährlich
4 knapp 40% der Bevölkerung an psychischen Störungen und weisen im Vergleich zu anderen
5 chronischen Krankheiten die höchste Rate an Lebensjahren auf, die mit Einschränkungen
6 gelebt werden (years lived with disability; YLD) (Schuler & Burla, 2012; Whiteford et al.,
7 2015; Wittchen & Jacobi, 2005). Auch sind psychische Störungen mit einer hohen
8 ökonomischen Last verbunden. Für die Schweiz wird mit Kosten von 8 Milliarden alleine für
9 Depressionserkrankungen gerechnet. Die Kosten für Depressionserkrankungen sind positiv
10 mit dem Schweregrad der Erkrankung assoziiert (Tomonaga et al., 2013). Auch in Bezug auf
11 Berentungen machen psychische Erkrankungen als grösste Gruppe knapp die Hälfte der
12 4.3% der Berentungen an der versicherten Bevölkerung (d.h. von 18 Jahren bis zum
13 Rentenalter) in der Schweiz aus ("Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) - Statistiken
14 IV," 2015).

15
16 Für viele psychische Erkrankungen gibt es heutzutage gute und erfolgsversprechende
17 Behandlungsmöglichkeiten und trotzdem wird für die Schweiz davon ausgegangen, dass
18 zwei Drittel der psychischen Störungen unbehandelt bleiben (Schuler et al., 2012). Die
19 stationären Hospitalisierungsraten in psychiatrischen Kliniken betrugen in der Schweiz 8.3
20 Fälle pro 1'000 Einwohner (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016). Daraus lässt
21 sich auf eine grosse Krankheitslast mit einer Zunahme der benötigten Behandlungen
22 schliessen. Nichts desto trotz ist in der Schweiz wenig und oft nur fragmentiertes Wissen zu
23 Patientensicherheit vorhanden. Dies obwohl in der Versorgung psychisch Erkrankter die
24 Patientensicherheit eine besondere Herausforderung darstellt, denn Risiken umfassen
25 schwerwiegende Themen, welche sich teilweise von Themen in somatischen Spitälern
26 unterscheiden (z.B. Suizid).

27 Generell wird Patientensicherheit definiert als „die Vermeidung, Prävention und
28 Verbesserung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen, die sich aus dem
29 Behandlungsprozess ergeben“ (Vincent, 2012). Eine qualitative Studie aus der Schweiz hat
30 dazu die wichtigsten Risikofaktoren in Bezug auf das klinische Risikomanagement in der
31 psychiatrischen Versorgung herausgearbeitet (Briner & Manser, 2013). Diese Studie zeigte
32 auf, dass aus Sicht der Risikomanager die Selbst- und Fremdgefährdung das Hauptrisiko
33 darstellen. Als zweites wurden medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsfehler
34 genannt und als drittes schliesslich Risiken, welche spezifisch die psychische Erkrankung
35 selber betreffen, z.B. bei der Behandlung von Psychosen oder depressiven Episoden. In
36 psychiatrischen Kliniken stellen diese Risiken eine grosse Belastung dar und zwar nicht nur
37 für die PatientInnen, sondern auch für die Angehörigen und die MitarbeiterInnen.

Es kann also für die Schweiz festgestellt werden, dass kaum eine systematische Auseinandersetzung mit der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen stattfindet. Eine Systematisierung von Risiken und das Aufzeigen möglicher Aktionsfelder erhöhen jedoch sowohl das Wissen als auch den Überblick über bestehende Massnahmen zu Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. Im Jahr 2015 hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz deshalb ein von der FMH massgeblich finanziertes Projekt „Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung – Bestandsaufnahme und Aktionsplan“ lanciert, um das Thema der Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung für die Schweiz praxisbezogen, interdisziplinär und sektorenübergreifend aufzuarbeiten, die Sensibilisierung für dieses Thema schweizweit zu erhöhen und den dringlichsten Handlungsbedarf aufzuzeigen.

Das Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Aktionsplans. Der Fokus wurde darauf gelegt, Patientensicherheit spezifisch für die Versorgung psychisch Erkrankter genauer zu definieren und zu priorisieren und mögliche Handlungsstrategien aufzuzeigen.

Methode

Teilnehmer

Eine interprofessionell zusammengesetzte ExpertInnengruppe beteiligte sich zusammen mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz an der Entwicklung des Aktionsplans. Für die Auswahl der ExpertInnen wurden relevante Aspekte wie Spezialgebiete, Berufe und Settings berücksichtigt. Dafür wurde zunächst eine Kriterienliste der abzudeckenden Bereiche und Expertisen erstellt, und dann die entsprechenden Personen identifiziert. Die ExpertInnen wurden unabhängig voneinander und aufgrund der Basis ihrer Erfahrungen für eine Teilnahme angefragt.

Die 20 ExpertInnen stammen sowohl aus der Psychiatriepflege, aus dem Risikomanagement als auch aus der Forschung. Es waren zudem psychologische Psychotherapeuten, Psychiater aus dem Kinder-, Jugend-, und Erwachsenenbereich, Hausärzte, PatientInnen- und Angehörigenvertretungen aus den verschiedensten Landesteilen der Schweiz vertreten. Die Fachpersonen stammten sowohl aus der stationären als auch aus der ambulanten psychiatrischen Versorgung verschiedenster Gebiete (z.B. Sucht, Geriatrie, Forensik).

Vorgehen

Als erstes wurde eine Round-Table Diskussion durchgeführt um Patientensicherheit im Bereich der psychiatrischen Versorgung genauer zu definieren. Als nächstes erfolgte eine halb-strukturierte Umfrage um Risikobereiche und bereits vorhandene Projekte in der

Schweiz zu erfassen. Dazu wurde den ExpertInnen und weiteren von den ExpertInnen angefragten Fachpersonen ein semi-strukturierter Fragebogen zugeschickt (Snowballing). Damit wurde eruiert, ob und welche patientensicherheitsrelevanten Situationen erlebt wurden, welches die zwei wichtigsten Hotspots - d.h. Problemfelder in der Gesundheitsversorgung - sind und welche existierenden Projekte im Bereich der psychischen Krankheiten zu Patientensicherheit bekannt sind. In einer zweiten Round-Table Diskussion wurden die Handlungsfelder diskutiert und in einer anschliessenden Delphi-Befragung mit zwei Runden finalisiert. Schliesslich wurde vom Forschungsteam der Stiftung Patientensicherheit Schweiz 4 Aktionsfelder entwickelt. Dazu erfolgten ein Feedback von den ExpertInnen und eine Vernehmlassung des erstellten Aktionsplans von Fachgesellschaften.

Entwicklung und Priorisierung von Handlungsfeldern

Fehler für die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter können entlang des gesamten Behandlungskontinuums auftreten. Die Kategorisierung und Clusterung aufgrund der Entstehung oder des Auftretens von Fehlern stellt eine Herausforderung dar, welche in einer zweiten Round-Table Diskussion angegangen wurde. Es wurden 9 Handlungsfeldern definiert, welche als Grundlage für die nachfolgende Delphi-Befragung dienten. Bei der Delphi-Befragung handelt es sich um ein qualitatives Verfahren, bei dem in mehreren Runden die Meinung von ExpertInnen zu vorgegebenen Aspekten unabhängig voneinander gesammelt werden (Häder, 2014). Das Ziel war es für dieses Projekt, mit Hilfe von zwei Runden einen möglichst breiten ExpertInnenkonsens über die Priorisierung der 9 Handlungsfelder zu erzielen. Dafür wurden diese Handlungsfelder anhand von 4 Dimensionen und einer Globalskala nach Prioritäten beurteilt. Jedes der 9 Handlungsfelder wurde durch eine Konsensfindung der ExpertInnen separat für jede Dimension bewertet. Die erste Dimension erfasste die Auftretenshäufigkeit von Fehlern (Antwortmöglichkeiten: „selten“, „gelegentlich“, „häufig“, „sehr häufig“). In der zweiten Dimension wurde das Schadenspotential der einzelnen Handlungsfelder in „gering“, „weniger gross“, „gross“ oder „sehr gross“ eingeteilt. Als drittes wurde die Vermeidbarkeit der Fehler durch fachlich adäquates Verhalten für die 9 Handlungsfelder eingeschätzt. Mögliche Kategorien waren „nicht vermeidbar“, „weniger vermeidbar“, „vermeidbar“ und „sehr vermeidbar“. Die Umsetzbarkeit von Massnahmen beinhaltete einerseits das Problembewusstsein der relevanten Personen und andererseits das geschätzte Interesse an der Umsetzung von Massnahmen. Diese vierte Dimension konnte mit „nicht umsetzbar“, „weniger umsetzbar“, „umsetzbar“ oder „sehr umsetzbar“ beantwortet werden. Für die Globalbewertung mussten die Themen in Bezug auf Wichtigkeit von jedem einzeln in eine Rangreihenfolge gebracht werden. Diese Resultate wurden anschliessend vom

Forschungsteam evaluiert. Die Übereinstimmung zwischen den ExpertInnen wurde für die erste Runde in „hoch“ (≥ 7 Teilnehmer von 11), „mittel“ (6 von 11 Teilnehmern oder gleiche Verteilung in zwei nebeneinanderstehenden Antwortkategorien) und „tief“ (andere) eingeteilt. Darauf aufbauend wurden die ExpertInnen in der zweiten Runde gebeten, die Ergebnisse zu bewerten (Kategorien: dieser Rangfolge kann ich voll zustimmen; mich anschliessen trotz eventueller Abweichungen im Detail; mich nicht anschliessen).

Entwicklung von Aktionsfeldern

Vier Aktionsfelder wurden schliesslich unter Einbezug der Resultate zur Priorisierung der Handlungsfelder und anhand konkreter Inputs und Ideen des ExpertInnengremiums zusammen mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz erarbeitet. Diese Aktionsfelder sollen eine Stossrichtung für die nächsten Jahre vorgeben, wo Aktivitäten und Umsetzungen von Massnahmen auf den Ebenen der Gesellschaft, der Forschung, der Praxis sowie der Aus- und Weiterbildung anzusetzen sind. Weitere Details zur gesamten Methodik finden sich im Artikel von Mascherek & Schwappach, (2016).

Ergebnisse

Handlungsfelder und deren Priorisierung

Die Risiken entlang des gesamten Behandlungskontinuums wurden in 9 Handlungsfelder in 5 Bereichen kategorisiert (Abb. 1). Die Abbildung zeigt 5 Handlungsfelder (1. nichtmedikamentöse therapeutische Massnahmen, 2. Medikationsfehler, 3. freiheitsbeschränkende Massnahmen, 4. Fehlbehandlung im Umgang mit gefährdendem/selbstgefährdendem Verhalten, 5. Fehlbehandlung im Umgang mit Suizidalität) zu Fehlern im Bereich der Behandlung und 4 weitere Handlungsfelder in den Bereichen Diagnostik, Kommunikation/Interaktion mit Patienten und Angehörigen, Schnittstellen und strukturellen, latenten Fehlern.

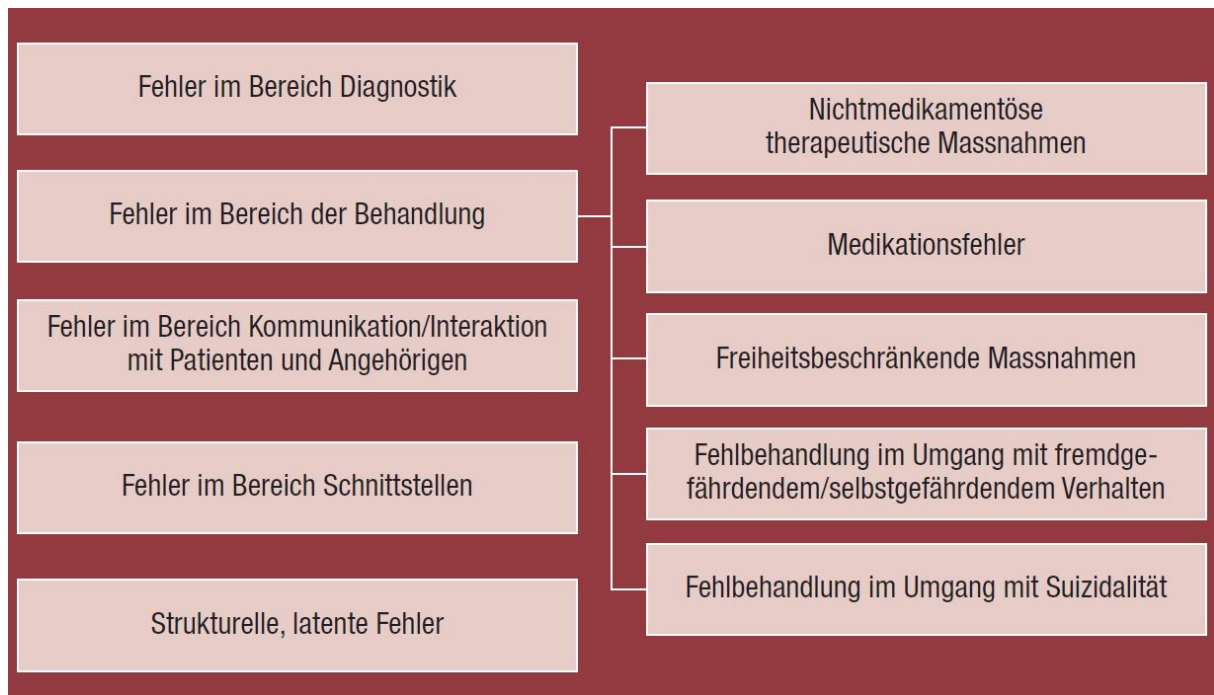


Abbildung 1: Neun Handlungsfelder in fünf Bereichen.

Die Einschätzung zeigte bezüglich der Dimension 1) Auftretenshäufigkeit von Fehlern eine grosse Bandbreite von „selten“ bis „sehr häufig“ auf (siehe Abb. 2). Dimension 2) Schadenspotential von Fehlern hingegen wurde bei allen 9 Handlungsfeldern als gross eingeschätzt. Dimension 3) Strukturelle Fehler galten als wenig vermeidbar, bei den anderen 8 Handlungsfeldern hingegen wurden Fehler als eher vermeidbar erachtet. Ähnliche Resultate zeigten sich bzgl. der Dimension 4) Umsetzbarkeit von Massnahmen zur Vermeidbarkeit von Fehlern; so wurden Massnahmen zur Vermeidung struktureller Fehler als wenig umsetzbar angesehen, bei den anderen Handlungsfeldern wurden Massnahmen als umsetzbar eingeschätzt. Die zusammenfassende globale Bewertung dieser Dimensionen zeigte, dass Fehler im Bereich der Diagnostik und strukturelle Fehler mit der höchsten Priorität bewertet wurden. Als zweitwichtigstes wurden Fehler im Bereich der Behandlung erachtet. Schliesslich wurden Fehler im Bereich von Schnittstellen und im Bereich von Kommunikation / Interaktion mit PatientInnen und Angehörigen genannt.

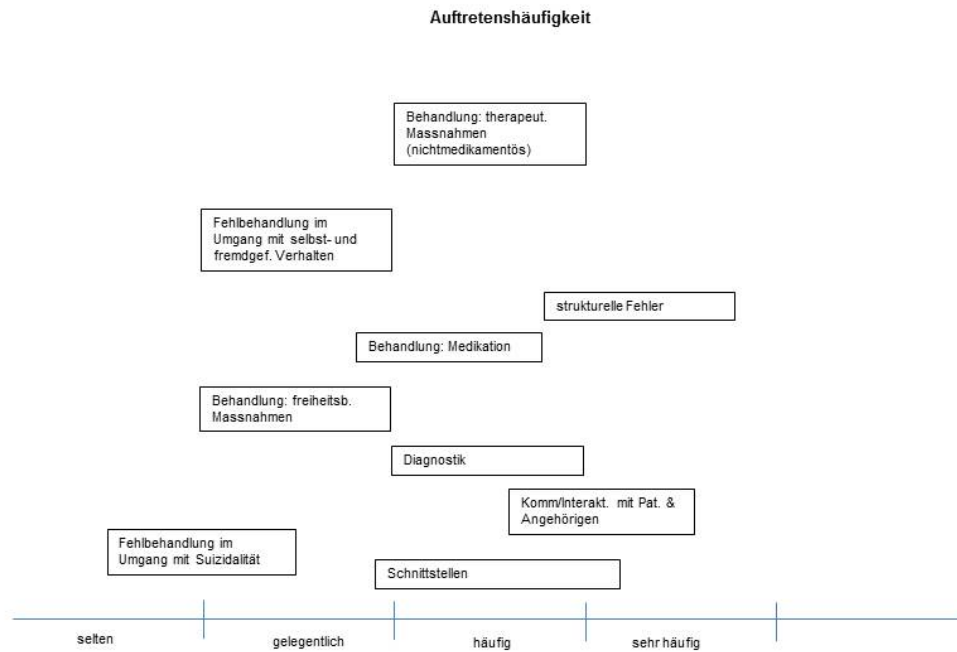


Abbildung 2: Einschätzung der Auftretenshäufigkeit von Fehlern in den 9 Handlungsfeldern.

Aktionsfelder

Auf der Basis der erarbeiteten Handlungsfelder und deren Priorisierung auf verschiedenen Dimensionen sowie unter Berücksichtigung der Antworten des Fragebogens zu bereits vorhandenen Aktivitäten und Projekten, wurden die vier Aktionsfelder Sensibilisierung, Forschung, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung erarbeitet. Die Resultate der Umfrage zeigten, dass in der Schweiz kaum systematische Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung existieren (Ausnahmen stellen Projekte zu Aggressionsmanagement, Suizidprävention, Medikationsfehler oder dem Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen dar), dass aber vielfältige Hotspots präsent sind.

Im ersten Aktionsfeld „Sensibilisierung“ wurden vier Punkte vorgestellt: Erstens die Sensibilisierung von Fachpersonen für die Möglichkeit von Fehlern im Rahmen der Diagnostik. Zweitens die Stärkung einer Lobby, die die Anliegen der Patientensicherheit in der Versorgung psychischer Erkrankter vertritt, drittens, die Notwendigkeit weiterführender Information der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen. Als viertes wurde der verstärkte Einbezug von Betroffenen und Angehörigen thematisiert.

Das Aktionsfeld „Forschung“ fokussiert darauf, dass wissenschaftliche Daten über Fehler in der nicht-medikamentösen Therapie generiert werden müssen, so müssen z.B. Fehler klar definiert werden. Zudem muss die Entwicklung von und Forschung zu Strategien zur Reduktion von diagnostischen Fehlern ausgebaut und gut konzipierte Forschung mit und zu Angehörigen durchgeführt werden. Die Generierung von Evidenz zur Entwicklung von Leitlinien und von wissenschaftlichen Daten ausserhalb der Akutbehandlung sind weitere wesentliche Forschungsfelder um schon bei der Wahl therapeutischer Massnahmen Risiken für PatientInnen zu reduzieren.

Im Aktionsfeld „Umsetzung“ wurden vier mögliche Ansätze mit dem Hinweis erwähnt, diese immer im Kontext der jeweiligen Situation und Institution zu betrachten. Erstens muss die systematische Erfassung von Never events (d.h. Ereignisse, die eindeutig identifizier- und messbar, schwerwiegend und grundsätzlich vermeidbar sind (Austin & Pronovost, 2015)) und anderen vermeidbaren unerwünschten Ereignissen etabliert werden. Zweitens sollten Qualitätszirkel - d.h. feste Veranstaltungen - etabliert werden, die spezifisch auf diagnostische Fehler in der Abgrenzung somatischer und psychischer Symptome eingehen. Des Weiteren müssen verstärkt bekannte evidenzbasierte Methoden zur Vermeidung von Fehlern im Bereich der Behandlung umgesetzt werden. Schliesslich soll die Vernetzung entlang des Behandlungspaths verstärkt werden, so dass z.B. Fehler an Schnittstellen zwischen Institutionen verringert werden.

Im vierten Aktionsfeld wurde die Aus- und Weiterbildung thematisiert. Insbesondere wurde betont, dass eine adäquate Kommunikation / Interaktion mit PatientInnen und Angehörigen und der aktive Einbezug von PatientInnen in die Behandlungsplanung gelehrt werden müssen. Zudem muss Patientensicherheit in die Ausbildung verschiedenster Fachpersonen integriert werden. Auch Themen wie „Stigmatisierung“ und „strukturelle Fehler“ müssen in der Ausbildung aufgegriffen werden.

Diskussion

Es wurde ein Aktionsplan entwickelt, indem einerseits 9 Handlungsfelder definiert und nach Wichtigkeit eingeteilt und andererseits vier praxisrelevante Aktionsfelder beschrieben wurden. Als erstes konnte aufgezeigt werden, dass Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz noch zu wenig thematisiert wird und kaum strukturierte Projekte dazu existieren. Dies obwohl vielfältige Hotspots existieren und Risiken in der ganzen Behandlungskette vorkommen können; vom Zugang zur „richtigen“ Behandlung, der Diagnose, der ambulanten und/oder stationären Versorgung bis hin zur Nachsorge von PatientInnen. Auch wenn es nicht einfach ist, Fehler zu kategorisieren, sollen die nach

214 Prioritäten gegliederten 9 Handlungsfelder helfen, die Komplexität für den vorliegenden
215 Aktionsplan zu reduzieren (Mascherek & Schwappach, 2016).

216

217 Die im Aktionsplan definierten Aktionsfelder zeigen praktische Ansätze und Beispiele auf, wo
218 und wie Patientensicherheit angegangen werden kann. Im Aktionsfeld „Sensibilisierung“ wird
219 auf vier Themenbereiche eingegangen. Dabei kommt der richtigen Diagnose eine besondere
220 Bedeutung zu, weil sie am Anfang des Behandlungsprozesses steht. Insbesondere soll auf
221 die Möglichkeit von somatischen Beschwerden in der psychiatrischen Versorgung und auf
222 die psychischen Beschwerden in der somatischen Medizin (z.B. beim Hausarzt) aufmerksam
223 gemacht werden, denn viele somatische Beschwerden sind mit psychischen Beschwerden
224 assoziiert (Ferrari, Galeazzi, Mackinnon, & Rigatelli, 2008; Hewer & Schneider, 2016;
225 Lyketsos, Dunn, Kaminsky, & Breakey, 2002). Besonders das Stellen einer falschen
226 Diagnose und das Nicht-Abklären von differentialdiagnostischen Fragen sind Fehler, die hier
227 auftreten. Für die somatische Medizin (z.B. beim Hausarzt oder im Spital) wird deshalb eine
228 regelmässige differentialdiagnostische Abklärung mit Einschluss von psychischen
229 Störungen, z.B. eine standardisierte Einführung von Screenings, empfohlen. Wenn
230 beispielsweise eine ältere Person wegen eines Sturzes hospitalisiert wird, sollte daran
231 gedacht werden, dass Stürze mit Angststörungen und depressiver Störung assoziiert sein
232 können (Holloway et al., 2016; Stubbs, Stubbs, Gnanaraj, & Soundy, 2016; Williams et al.,
233 2015) und dementsprechend abgeklärt werden müssen. Umgekehrt wiederum ist in der
234 psychiatrischen Versorgung darauf zu achten, dass auch somatischen Beschwerden
235 nachgegangen wird, da diese oft nicht als solche erkannt werden (Lyketsos et al., 2002;
236 Okkels, Thygesen, Jensen, & Munk-Jørgensen, 2013; Šprah, Dernovšek, Wahlbeck, &
237 Haaramo, 2017). Internistische Routineuntersuchungen bei Eintritt in psychiatrische Kliniken,
238 sowie bestehende Fallkonferenzen oder Qualitätskonferenzen können so einen Beitrag zu
239 erhöhter Patientensicherheit bezüglich Diagnostik leisten. Nicht zu vernachlässigen ist der
240 Einbezug von PatientInnen durch zusätzliche Aufklärung und Aufforderung, sich um die
241 Diagnostik in der jeweils anderen Fachdisziplin zu bemühen. Differenzialdiagnostische
242 Fehler können auch dadurch verringert werden, indem Fachpersonen immer wieder dafür
243 sensibilisiert werden, Abklärungen möglichst standardisiert und leitliniengetreu
244 durchzuführen.

245 Zur weiteren Sensibilisierung in Bezug auf Patientensicherheit sind alle Fachpersonen dazu
246 aufgefordert, systemische und strukturelle Gefahren zu thematisieren und Verbesserungen
247 einzufordern. Infrastrukturen und Versorgungsstrukturen sind zu analysieren und zu
248 verändern. So gefährdet z.B. eine inadäquate Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in
249 Einrichtungen für Erwachsene die Patientensicherheit erheblich. Es braucht eine Lobby,
250 welche sich dieser Themen annimmt; Fachverbände und -gesellschaften können sich zu

einem Gremium zusammenschliessen und die Anliegen in der Öffentlichkeit vertreten. Die Öffentlichkeit bedarf auch weiterhin einer Aufklärung über psychische Erkrankungen, um Stigmatisierung und Vorurteilen entgegen zu wirken (Public Health Schweiz, 2012).

Das Aktionsfeld „Forschung“ thematisiert fünf Bereiche: Erstens wird die Notwendigkeit der Generierung von wissenschaftlichen Daten über Fehler in der nichtmedikamentösen Therapie betont. Hier steht die Forschung noch relativ am Anfang mit der Frage, wie Fehler in der Psychotherapie überhaupt definiert werden und es existiert aktuell kein Konsens über eine klare Definition und Klassifikation zu Fehlern, insbesondere in der Abgrenzung zu Misserfolgen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie (Brakemeier, Breger, & Spitzer, 2012). Das liegt u.a. auch daran, dass im Gegensatz zur somatischen Medizin ein Fehler schwieriger zu definieren, d.h. die Operationalisierung solcher Fragen sehr komplex ist. So kann es beispielsweise schwierig sein, einen Therapieabbruch oder Vertrauensverlust auf einen konkreten Fehler zurückzuführen (Jacobi, Uhlmann, & Hoyer, 2011; Nelson & Hiller, 2013). Ansätze zur Eingrenzung und Definition von Fehlern finden sich u.a. in einer deutschen Studie, welche 30 semi-strukturierte Interviews mit Psychotherapeuten ausgeführt und analysiert und vier Fehlerarten definiert hat. Es wurden technische Fehler (z.B. fehlerhafte Diagnostik, fehlende Erfahrung, fehlende Fähigkeit/veraltet Technik), Einschätzungsfehler, normative Fehler und Systemfehler (Medau, Jox, & Reiter-Theil, 2014) unterschieden. Als entscheidend hat sich der Umgang mit Fehlern herauskristallisiert, wobei aus Sicht der Psychotherapeuten eine Fehleroffenlegung mit positiven Erfahrungen bezüglich einer besseren therapeutischen Beziehung einherging (Medau, Jox, Dittmann, & Reiter-Theil, 2012).

Als zweiter Forschungsschwerpunkt sollen systematische Interventionen entwickelt werden, mit denen die Fehlerrate im Bereich der Diagnostik reduziert werden kann. Dazu müssen Erfolgsfaktoren operationalisiert und Studien zur Messung dieser Faktoren durchgeführt werden.

Drittens kommt der Forschung mit und zu Angehörigen eine grosse Bedeutung zu. Angehörige von psychisch Erkrankten sind einer hohen Belastung ausgesetzt, welche sich auch in psychischen Erkrankungen manifestieren kann (von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012; Perlick et al., 2016). Gut konzipierte Studien sollen in Zukunft die noch ungenügend erforschten Fragen klären, wie Angehörige mit der Erkrankung umgehen, wie und wann sie eingebunden werden können und wie sie die Patientensicherheit fördern oder auch gefährden können. Es braucht diese evidenzbasierte Forschung als Baustein zur Umsetzung von praktischen Massnahmen.

Viertens soll bezüglich des empfohlenen Gebrauchs von Leitlinien im obengenannten Aktionsfeld „Sensibilisierung“ Forschung dazu erfolgen und der Erstellung von Leitlinien dienen.

Nicht zuletzt fehlt es an wissenschaftlichen Daten ausserhalb der Akutbehandlung, insbesondere im Bereich der Rehabilitation, um auf die Frage Antwort zu geben, wie eine erfolgreiche Wiedereingliederung nach einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung aussieht, bzw. wie sich bestehende Wiedereingliederungsmassnahmen langfristig bewähren um Patientensicherheit auch in diesem Bereich verbessern zu können.

Bezüglich des Aktionsfelds „Umsetzung“ werden 4 Punkte genauer erläutert. Bekannte Instrumente und Massnahmen sollen weiter systematisch umgesetzt und verbreitet werden. Wie in der somatischen Medizin sind Never events und andere vermeidbare unerwünschte Ereignisse möglichst systematisch zu erfassen (z.B. mit CIRS), um durch systemische Fehleranalysen ein Lernen aus Fehlern zu ermöglichen. Es gibt Hinweise, dass MitarbeiterInnen in psychiatrischen Kliniken den Meldesystemen skeptischer gegenüberstehen und diese auch weniger oft benutzen als MitarbeiterInnen in Akutspitälern (Anderson, Kodate, Walters, & Dodds, 2013). Deshalb gilt insbesondere für diesen Bereich, dass jeder einzelne mit Patientenkontakt im Alltag einen Beitrag dazu leisten kann aus Fehlern zu lernen, indem er das Fehlermeldesystem nutzt.

Zur Vermeidung diagnostischer Fehler hingegen empfiehlt sich als zweites die Etablierung von festen Veranstaltungen, wie Qualitätszirkel, wo auch Merkblätter, insbesondere für Fachpersonen in der Grundversorgung, erarbeitet und Personen in der fachärztlichen Versorgung unterstützt werden. In der Schweiz sind Qualitätszirkel beliebt und etabliert (Jannot & Perneger, 2014), jedoch finden im Bereich der Versorgung psychisch Erkrankter bisher wenig interdisziplinäre Treffen (z.B. Psychiater, Psychologen und Internisten) statt. In einem dritten Punkt wird aufgezeigt, dass in der Schweiz für die Vermeidung von Medikationsfehlern, von Fehlern im Umgang mit Suizidalität, selbst- und fremdgefährdendem Verhalten und für die Umsetzung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen bereits Aktivitäten existieren. In einem weiteren Schritt sollen diese nun weiter flächendeckend umgesetzt werden indem die benötigten Ressourcen bereitgestellt und die Strukturen geschaffen werden. Zudem kann die konkrete Vernetzung zwischen verschiedenen Behandlern durch verbesserte Informationsweitergabe zwischen Institutionen und einheitlicherer Handhabung gestärkt werden. Personen mit chronischen Erkrankungen stehen dabei im Fokus, da sie oft verschiedene Institutionen durchlaufen. Jedoch sind die Risiken an Schnittstellen durch ungenügende Informationsweitergabe auch bei anderen PatientInnen vorhanden.

Im vierten Aktionsfeld „Aus- und Weiterbildung“ wird darauf eingegangen, dass in der Ausbildung vermehrt auf die Fragen des Patienteneinbezugs, u.a. dem Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen eingegangen werden soll. Sowohl Patienteneinbezug als auch der selbstverständliche Einbezug von Angehörigen und Patientenvertretern soll standardisierter Teil der Behandlungsplanung sein.

Vor allem soll in der Aus- und Weiterbildung Patientensicherheit überhaupt als Thema in den verschiedenen Berufsgruppen systematisch thematisiert und flächendeckend in den Lehrplan aufgenommen werden. Der Umgang mit systematischen Fehleranalysen soll dabei ein Bestandteil der Ausbildung sein. Zudem sollen Themen wie „Stigmatisierung“ und „strukturelle Fehler“ vertreten sein, um eine Basis zu schaffen, von der aus auch Themen, die nicht unmittelbar mit dem konkreten Verhalten der Fachpersonen zu tun haben, angegangen werden können.

Stärken und Schwächen

Mit dem Aktionsplan konnte erstmalig unter Mitwirkung vieler ExpertInnen für die Schweiz ein praxisrelevantes Dokument erarbeitet werden, in dem Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung thematisiert und allen Fachpersonen zur Verfügung gestellt wird. Die relevanten Fachgesellschaften haben sich in einem Vernehmlassungsprozess den zentralen Forderungen angeschlossen, was die Wichtigkeit für die Patientensicherheit in diesem Bereich unterstreicht. Insgesamt hat sich gezeigt, dass es anspruchsvoll aber auch wertvoll ist, mit ExpertInnen aus sehr unterschiedlichen Bereichen eine gemeinsame Sprache und Definition von Patientensicherheit zu finden, und dass möglicherweise gewisse sehr spezifische Aspekte, beispielsweise die hausärztliche Versorgung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen dadurch zu kurz gekommen sind bzw. gut vertieft werden könnten. Das bedeutet auch, dass in einem konkreten Setting andere Fehler vorkommen oder andere Ideen oder Massnahmen wichtiger sein können, als die in den Aktionsfeldern genannten. Der Aktionsplan lädt dazu ein und soll anregen, sich genau mit solchen Details weiter auseinanderzusetzen.

Konklusion

Der entwickelte Aktionsplan zeigt auf, welche Themen für die Patientensicherheit im Bereich der Versorgung von PatientInnen mit psychischer Erkrankung wichtig sind und bietet Ansatzpunkte für die Entwicklung sowohl von Handlungsstrategien als auch konkreter Aktivitäten. Dazu wurden einerseits 9 Handlungsfelder definiert und priorisiert, welche innerhalb des Behandlungskontinuums von psychisch Erkrankten auftauchen können. Andererseits wurden Aktionsfelder entwickelt, in welchen mögliche nächste Schritte zur

360 Verbesserung der Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung in verschiedenen
361 Bereichen angegangen werden sollten. Mit diesem Aktionsplan werden in erster Linie
362 Fachpersonen angesprochen, die in ihrem Wirkungsfeld die Möglichkeit haben, Änderungen
363 anzuregen. Um tatsächlich Wirkung zu erzielen, muss der Aktionsplan in einem nächsten
364 Schritt verbreitet werden und daraus umgesetzte Massnahmen evaluiert werden. Ziel ist es,
365 den Aktionsplan schweizweit in drei Landessprachen bei Berufsverbänden,
366 Fachgesellschaften und Weiterbildungsorganen bekannt zu machen und so für das Thema
367 zu sensibilisieren.

368

369

370 Referenzen

- 371 Anderson, J. E., Kodate, N., Walters, R., & Dodds, A. (2013). Can incident reporting improve
372 safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting.
373 *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 141–150.
- 374 Austin, J. M., & Pronovost, P. J. (2015). "Never events" and the quest to reduce preventable
375 harm. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.
- 376 Brakemeier, E.-L., Breger, V., & Spitzer, C. (2012). Nebenwirkungen von ambulanter und
377 stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 44(3), 489–510.
- 378 Briner, M., & Manser, T. (2013). Clinical risk management in mental health: a qualitative
379 study of main risks and related organizational management practices. *BMC health*
380 *services research*, 13, 44.
- 381 Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) - Statistiken IV. (2015). . Retrieved from
382 <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=de>
- 383 Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2008). Frequent attenders in
384 primary care: Impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses.
385 *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 306–314.
- 386 Häder, M. (2014). *Delphi-Befragungen : ein Arbeitsbuch*. Springer VS.
- 387 Hewer, W., & Schneider, F. (2016). Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Der*
388 *Nervenarzt*, 87(7), 787–801. Springer Berlin Heidelberg.
- 389 Holloway, K. L., Williams, L. J., Brennan-Olsen, S. L., Morse, A. G., Kotowicz, M. A.,
390 Nicholson, G. C., & Pasco, J. A. (2016). Anxiety disorders and falls among older adults.
391 *Journal of affective disorders*, 205, 20–27.
- 392 Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der
393 ambulanten psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen
394 Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4),
395 246–256.
- 396 Jannot, A. S., & Perneger, T. (2014). Perceived usefulness of nine quality improvement tools
397 among Swiss physicians. *Quality in primary care*, 22(6), 278–81.
- 398 von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrabaki, M. (2016). Family
399 caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia
400 - a qualitative exploratory study. *Nordic journal of psychiatry*, 70(4), 248–254.
- 401 Lyketsos, C. G., Dunn, G., Kaminsky, M. J., & Breakey, W. R. (2002). Medical Comorbidity in
402 Psychiatric Inpatients: Relation to Clinical Outcomes and Hospital Length of Stay.
403 *Psychosomatics*, 43(1), 24–30.
- 404 Mascherek, A. C., & Schwappach, D. L. B. (2016). Patient safety priorities in mental
405 healthcare in Switzerland: a modified Delphi study. *BMJ open*, 6(8), e011494.

406 Medau, I., Jox, R., Dittmann, V., & Reiter-Theil, S. (2012). Eine Pilotstudie zum Umgang mit
 407 Fehlern in der Psychotherapie – Therapeuten berichten aus der Praxis. *Psychiatrische*
 408 *Praxis*, 39(7), 326–331.

409 Medau, I., Jox, R. J., & Reiter-Theil, S. (2014). Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein
 410 empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. *Ethik in der*
 411 *Medizin*, 26, 3–18.

412 Möller-Leimkühler, A. M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness:
 413 The role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and*
 414 *Clinical Neuroscience*, 262(2), 157–166.

415 Nelson, N. E., & Hiller, W. (2013). Therapeutischer misserfolg in der ambulanten
 416 psychotherapie: Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz.
 417 *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 217–229.

418 Okkels, N., Thygesen, N. B., Jensen, B., & Munk-Jørgensen, P. (2013). Evaluation of
 419 somatic health care practices in psychiatric inpatient wards. *Australian & New Zealand*
 420 *Journal of Psychiatry*, 47(6), 579–581.

421 Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., et
 422 al. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders:
 423 Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*.

424 Perlick, D. A., Berk, L., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Link, B., Dixon, L., Grier, S., et al.
 425 (2016). Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who
 426 provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*.

427 Public Health Schweiz. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung*.

428 Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 -*
 429 *Obsan Bericht* (Vol. 52).

430 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2016). Stationäre Behandlung für psychisch
 431 Kranke - OBSAN. Retrieved September 2, 2016, from
 432 [http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-](http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krank)
 433 [behandlung-fuer-psychisch-krank](http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krank)

434 Šprah, L., Dernovšek, M. Z., Wahlbeck, K., & Haaramo, P. (2017). Psychiatric readmissions
 435 and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC*
 436 *Psychiatry*, 17(1), 2.

437 Stubbs, B., Stubbs, J., Gnanaraj, S. D., & Soundy, A. (2016). Falls in older adults with major
 438 depressive disorder (MDD): a systematic review and exploratory meta-analysis of
 439 prospective studies. *International psychogeriatrics*, 28(1), 23–9.

440 Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp,
 441 U., & Szucs, T. D. (2013). The economic burden of depression in Switzerland.
 442 *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250.

- Vincent, C. (2012). *Das ABC der Patientensicherheit*. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E.,
Charlson, F. J., et al. (2015). Global burden of disease attributable to mental and
substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The
Lancet*, 382(9904), 1575–1586.
- Williams, L. J., Pasco, J. A., Stuart, A. L., Jacka, F. N., Brennan, S. L., Dobbins, A. G.,
Honkanen, R., et al. (2015). Psychiatric disorders, psychotropic medication use and falls
among women: an observational study. *BMC psychiatry*, 15, 75.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A
critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*.